

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938
—

THÈSE

N°
—

610

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Gabriel FRANCHETEAU

Né le 8 Mai 1911, à NANTES (Loire-Inférieure)

Les causes d'inadaptation scolaire
dans l'enseignement secondaire

Président : M. CLAUDE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938
—

THÈSE

N° _____
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Gabriel FRANCHETEAU

Né le 8 Mai 1911, à NANTES (Loire-Inférieure)

Les causes d'inadaptation scolaire
dans l'enseignement secondaire

Président : M. CLAUDE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		LÉON BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-
		LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		CHIRAY.
		LOEPER.
Clinique médicale		CARNOT.
		Marcel LABBE.
		CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
		CUNEO.
Clinique chirurgicale		GOSSET.
		GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique		LENORMANT.
Clinique urologique		TERRIEN.
		MARION.
Clinique d'accouchements		LEVY-SOLAL.
		COUVELAIRE.
Clinique gynécologique		JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale		OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique		RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale		LEMAITRE.
Clinique propédeutique		Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose		VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		BEZANÇON.
Clinique cardiologie		MATHIEU.
Assistance médico-sociale		LAUBRY.
		CROUZON.
		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES ..
BENARD Henri.	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	DE GENNES ..
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.	LACOMME
FUNCK-		LANTUEJOL ..
BRENTANO ...	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.
FEY	Urologie.	LAVIER
GAILLARD	Parasitologie.	LELONG
GASTINEL	Bactériologie.	

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
FRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY-	
RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME

Dont la profonde affection sera
notre plus fidèle soutien dans notre
carrière.

A MA MERE
(*In memoriam*)

A MON PERE

Qui furent toujours pour nous un
exemple de travail et de dévouement

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

MADAME ET MONSIEUR LEFORT

Dont les bons conseils et l'affec-
tion nous ont toujours été un
précieux encouragement.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique des Maladies mentales
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HEUYER
Médecin des Hôpitaux de Paris
Médecin-Chef adjoint de l'Infirmierie spéciale
de la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous confier ce
travail et nous aider à l'accomplir.

Qu'il veuille trouver ici l'ex-
pression de notre respectueuse
gratitude.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JACQUES LEVEUF
A MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES GUILLAIN
A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY-SOLAL
A MONSIEUR LE DOCTEUR HEUYER
A MONSIEUR LE DOCTEUR WEIL-HALLE

Dont nous fûmes successivement
l'externe.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALAIN MACE DE LEPINAY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Qui nous a aidé, au cours de ce
travail, de ses précieux conseils.

Nous le prions de trouver ici le
témoignage de notre gratitude.

Les causes d'inadaptation scolaire dans l'enseignement secondaire

INTRODUCTION

Avant d'aborder l'étude des causes d'Inadaptation scolaire dans l'enseignement secondaire et des moyens d'y remédier, il nous paraît indispensable de préciser les caractères essentiels des études secondaires.

Nous considérons l'enseignement secondaire comme débutant avec la classe de sixième. Les classes inférieures ; septième, huitième, etc..., sont des classes « préparatoires à l'enseignement secondaire », et c'est à tort, nous semble-t-il, qu'on les considère parfois comme des classes secondaires.

Quelles sont les caractéristiques essentielles de l'enseignement secondaire, le différenciant de l'enseignement primaire ?

Ces deux enseignements sont différents dans leur but, les matières enseignées, les méthodes didactiques.

Le but des études primaires est de faire acquérir à l'enfant des connaissances rudimentaires qui lui

■

seront d'une utilité plus ou moins grande dans sa profession future.

Les études secondaires, au contraire, sont préparatoires aux études supérieures, pour lesquelles leur sanction finale, le baccalauréat, est d'ailleurs en général indispensable. Il ne sera donc logique de faire entreprendre de telles études à un enfant que si on le juge apte à faire ensuite des études supérieures. Avec les études secondaires apparaît l'enseignement des langues mortes: grec et latin, des mathématiques: algèbre et géométrie, et des sciences.

Enfin les méthodes d'enseignement ne sont plus les mêmes; dans les classes primaires on s'adresse surtout à la mémoire de l'élève; pour les études secondaires on fait appel surtout à sa logique.

Etant donné ces divergences fondamentales entre les deux enseignements il est aisé de conclure que tel enfant, qui serait apte à faire des études primaires à peu près normales, pourra être incapable de suivre l'enseignement secondaire.

Il est fréquent que des enfants soient engagés dans des études secondaires auxquelles on s'aperçoit plus ou moins rapidement qu'ils sont inaptes.

Parmi ces enfants les uns sont inadaptables et n'auraient jamais dû entreprendre de telles études, les autres sont adaptables si un traitement approprié est appliqué en temps utile.

Le rôle du médecin et principalement du médecin psychiatre, apparaît donc comme fort important dans ce domaine pour dépister précocément les facteurs

qui rendent cet enseignement inaccessible aux premiers et pour traiter efficacement les autres.

A la lumière des trois cents observations qu'a bien voulu nous communiquer notre Maître, le Docteur HEUYER, nous nous proposons d'étudier les causes principales de l'inadaptation scolaire dans l'enseignement secondaire, puis d'envisager les remèdes que l'on pourrait y apporter. Ces observations sont celles d'enfants amenés à la consultation du Docteur HEUYER dans le cours des trois dernières années. Elles ont été prises les unes à la suite des autres, sans aucune sélection.

Pour chacune d'elles ont été établis :

- Une étude des antécédents familiaux ;
- Une étude soigneuse du premier développement psychomoteur de l'enfant ;
- Une appréciation des connaissances scolaires ;
- Un niveau mental établi par les tests de TERMANN, de préférence à ceux de BINET-SIMON ;
- Une étude psychiatrique du caractère ;
- Un examen physique complet ;
- Dans certains cas des examens biologiques spéciaux (métabolisme de base, réaction de Wassermann).

CHAPITRE PREMIER

CAUSES DE L'INADAPTATION

Sur nos trois cents sujets, deux cents quatre-vingt-huit devaient leur échec à des causes personnelles, douze à des causes d'ordre familial.

La plupart du temps les causes s'intriquaient et il ne saurait s'agir de faire une discrimination absolue entre celles-ci. Nous avons dû nous contenter de rechercher quel était pour chaque cas le facteur dominant d'inadaptation. C'est ainsi, par exemple, que bien souvent les débiles présentent des troubles importants du caractère et que certaines affections organiques s'accompagnent d'insuffisance intellectuelle.

Les causes dominantes étaient les suivantes :

— 81 cas d'insuffisance intellectuelle, parmi lesquels 21 cas de débilité vraie.

— 135 cas de troubles du caractère.

— 31 cas d'affections mentales.

— 41 cas d'affections organiques diverses parmi lesquels 17 cas d'affections neurologiques.

— 12 cas en rapport avec une situation familiale anormale.

LA DÉBILITÉ ET L'INSUFFISANCE INTELLECTUELLES

L'insuffisance intellectuelle, et à plus forte raison la débilité mentale, sont une cause fréquente d'adaptation scolaire.

Il est curieux de constater que certains enfants avaient pu accéder à des classes secondaires et étaient cependant de réels débiles mentaux. Dans nos 300 observations nous en avons trouvé 21. Voici, résumées, quelques unes de ces observations :

OBSERVATION XII. — S..., 14 ans.

Malgré un N. M. nettement inférieur à 10 ans, il est en cinquième. Il n'est donc pas étonnant que son travail y soit nul et qu'il soit le dernier de la classe.

Il est émotif, coléreux et impulsif. L'examen physique révèle chez lui des signes de débilité motrice : maladresse, lenteur des mouvements, syncinésies.

OBSERVATION XXI. — B..., 14 ans.

Son N. M. est de 9 ans environ. Il redouble la cinquième sans succès. C'est un débile qui présente de gros troubles de l'attention. Les réponses sont niaises et puériles. Son retard psycho-moteur important est peut-être en rapport avec une insuffisance thyroïdienne : on note en effet une certaine infiltration de la peau, un signe du sourcil ; le métabolisme basal est abaissé de 12 %.

OBSERVATION XXIX. — B..., 14 ans.

Le N. M. est inférieur à 10 ans. Cet enfant ne peut suivre la sixième. Il ne présente pas de troubles du caractère. Il est seulement paresseux et se refuse au moindre effort. Il présente des stigmates d'hérédosyphilis : Signe de Gaucher, tubercule de Carabelli, fossette coccygienne.

OBSERVATION XXXVIII. — L..., 13 ans.

Cet enfant a été renvoyé de nombreuses écoles. Son N. M. est de 9 ans 1/2. Il ne sait pas sa table de multiplication.

Il est excité, inattentif, puéril. Il parle sans arrêt.

L'examen physique dénote une petite hypothyroïdie (signe du sourcil). Le métabolisme de base est abaissé de 7 %.

Il est évident que pour ces enfants, l'échec est inévitable.

De même, nous avons rencontré 67 cas d'enfants qui, sans être des débiles, sont néanmoins des insuffisants intellectuels, dont l'âge mental est en retard de plus d'un an sur leur âge chronologique. Leur intelligence eût été sans doute suffisante pour atteindre le certificat d'études ou le brevet simple, mais ils ne peuvent prétendre faire avec profit des études secondaires, et passer avec succès leur sanction terminale : le baccalauréat.

Les années d'études secondaires sont absolument perdues pour ces enfants qui sont désormais trop

âgés pour pouvoir bénéficier d'un enseignement à leur portée : classes de perfectionnement, s'ils sont débiles, ou enseignement primaire élémentaire suivi d'un enseignement professionnel, si ce sont de simples insuffisants intellectuels.

Voici quelques observations d'enfants dont l'insuffisance intellectuelle explique l'échec scolaire :

OBSERVATION II. — M..., 14 ans, 9 mois.

Il est en quatrième et est le dernier de la classe. Cet insuccès s'explique aisément : son N. M. est de 11 ans, à peine.

C'est un enfant mou, apathique, un peu indifférent. L'examen physique ne révèle chez lui rien de particulier.

OBSERVATION XIII. — G..., 16 ans.

Il était en quatrième l'an dernier. On a dû lui faire interrompre des études qu'il ne pouvait suivre et maintenant il ne fait rien. Son N. M. est de 11 ans seulement.

C'est un grand garçon hyperémotif, d'une timidité un peu niaise.

OBSERVATION XLV. — P..., 16 ans.

Ce grand garçon est en deuxième, qu'il redouble, alors qu'il sait à peine la table de multiplication et pas du tout la règle de trois.

Son N. M. est de 11 ans. En plus de cette insuffisance intellectuelle il présente de l'instabilité psychomotrice.

A l'examen physique, on note une ébauche de syndrome adiposogénital.

OBSERVATION LI. — K..., 17 ans.

Est en troisième et le dernier de la classe. Cet échec scolaire s'explique facilement par le retard intellectuel et physique de cet enfant.

Son N. M. est de 11 ans.

Sa taille est petite (1 m. 48) et il ne pèse que 40 kilos. La puberté n'est pas encore commencée. Il présente des incisives suspectes, un tubercule de Carabelli, une splénomégalie.

OBSERVATION LXXII. — D..., 16 ans.

Il a dû cesser les études secondaires où il était arrivé en cinquième l'an dernier.

C'est un garçon de carrure athlétique, paresseux, brutal et impulsif.

Son N. M. est de 11 ans 1/2 seulement.

LES TROUBLES DU CARACTERE

Les troubles du caractère constituent la cause la plus fréquente d'inadaptation scolaire. Ces troubles peuvent se ramener à trois principaux : l'instabilité, la perversité, la paranoïa.

1° L'instabilité.

L'instabilité est le trouble du caractère le plus fréquent. C'est en général une instabilité psychomotrice:

Elle se manifeste donc aussi bien dans le domaine moteur que dans le domaine intellectuel.

L'instable ne peut rester en place. Toujours en mouvement, il est de tous les chahuts. Doit-il rester en classe : on le voit bientôt regarder par la fenêtre, s'agiter sur son banc, parler à ses voisins...

Il est également incapable de fixer son attention ; il écoute mal ce qu'on lui dit, ne retient que des bribes de ci, de là, de l'enseignement ; si on lui pose une question, il répond parfois sans même attendre la fin de l'énoncé. Et bien souvent la réponse ne tombe pas juste, l'enfant n'ayant porté son attention que sur une partie seulement des éléments de la question.

Mlle ABRAMSON, dans son étude sur « le niveau intellectuel et le raisonnement des instables » a bien mis en lumière leurs troubles de l'attention ainsi que leur paresse intellectuelle. Ils suivent toujours la loi du moindre effort et leur pensée logique est imprécise et floue.

Il est fréquent que l'imagination de l'instable soit très vive, d'où une tendance à la mythomanie et aux fugues.

L'instabilité est le trouble du caractère le plus facile à diagnostiquer par le simple examen d'un profit mental : la dispersion des réponses positives aux différents tests est frappante. Les instables réussissant bien les tests de mémoire pourvu que les questions posées soient concrètes. — (Leur difficulté de suivre une pensée abstraite est extrêmement importante et l'on devra en tenir compte dans les métho-

des pédagogiques.) — Les tests de représentation spatiale sont également bien réussis en général.

Pour les épreuves de vocabulaire ils sont parfois supérieurs aux enfants normaux, mais les explications qu'ils donnent des mots sont souvent approximatives.

Mais ils manquent à peu près régulièrement les tests qui nécessitent un effort d'attention, tels les tests d'ordonnance verbale ou numérale.

Leur difficulté de pensée abstraite entraîne leur échec dans les définitions de mots abstraits et à plus forte raison dans les différences entre deux termes abstraits, alors qu'ils réussissent les définitions par l'usage. Pour la même cause, ils répondent bien aux tests de compréhension et d'adaptation concrète tandis qu'ils échouent à ceux de compréhension abstraite.

C'est encore pour cette même raison qu'ils ne peuvent réussir les problèmes d'abstraction et de généralisation. Quant aux critiques d'absurdités, les réponses sont mauvaises dès qu'il s'agit de comparer deux idées ou d'effectuer un raisonnement logique un peu long.

Tandis qu'un enfant normal ou un débile s'arrête net aux tests qui correspondent à l'âge immédiatement supérieur à son niveau mental, un instable peut ne pas résoudre un ou plusieurs tests correspondant à un âge, puis répondre à tous les tests de l'âge supérieur.

Les troubles de l'attention, la turbulence, la diffi-

culté de suivre les pensées abstraites, la paresse intellectuelle des instables, sont cause de leur échec scolaire et de l'impossibilité où l'on se trouve de les garder dans des établissements scolaires normaux.

Il est nécessaire de stimuler sans cesse leur attention et d'adapter les méthodes d'enseignement et la discipline à leur variété d'intelligence et à leur caractère.

Voici quelques observations, résumées, d'instables dont la scolarité a eu à souffrir de leur trouble du caractère :

OBSERVATION LXXXVIII. — M..., 16 ans.

Cette jeune fille dont le N. M. est de 14 ans a été renvoyée de multiples établissements, tant publics que privés.

C'est une grande instable, inattentive, indisciplinée, à la tête de tous les chahuts. De plus, des tendances paranoïaques sont manifestes; elle reproche à ses professeurs de lui en vouloir, elle a un abord hostile, un peu méprisant, se livre de mauvaise grâce aux divers examens. Physiquement, on note une infiltration légère de la peau ; le métabolisme de base est diminué de 16 %.

OBSERVATION CII. — B..., 15 ans 1/2.

N. M. 15 ans 1/2.

Cet enfant a de la peine à suivre la classe de première à cause de son inattention. C'est un instable imaginatif et comme la plupart de ceux-ci il veut

être marin ou aviateur. C'est aussi un mythomane vaniteux.

OBSERVATION CVI. — C..., 14 ans 1/2. N. M. 13 ans.

Il a été renvoyé de deux collèges. Actuellement en troisième, il est sur le point d'être renvoyé pour « mauvais travail et indiscipline ».

C'est un instable turbulent dont la capacité de fixer son attention est presque nulle.

Physiquement il présente un syndrome adipo-génital net. Son métabolisme de base est diminué de 20 %.

OBSERVATION CXXXVII. — R..., 13 ans.

Cet enfant a été renvoyé de 11 établissements. C'est un instable excité, absolument intenable.

Il a été impossible d'évaluer son N. M. à cause de sa mauvaise volonté. Il semble qu'il présente une déficience intellectuelle nette. En tous cas, la débilité motrice est certaine : maladresse, syncinésies.

On trouve chez lui un très grand nombre de stigmates d'hérédo-syphilis : signe de Gaucher, dents crénelées, axyphoïdie, fossette coccygienne, hernie ombilicale.

2° La perversité.

Les pervers sont des inadaptés sociaux. Le milieu scolaire est en général la première occasion qu'ils ont de se trouver en promiscuité étroite avec d'autres

enfants. Aussi c'est là que se manifeste bien souvent pour la première fois leur insociabilité.

Contrairement à l'opinion de certains auteurs (ADLER et son école), l'existence de « perversions instinctives » chez l'enfant nous semble indéniable. Il n'est pas question, en effet, de parler de perversion chez un enfant qui commet des mensonges ou des vols isolés, mais il n'en reste pas moins que l'on rencontre chez certains enfants un ensemble d'éléments : vols, mensonges, malignité, érotisme précoce et souvent à tendances anormales. Ces manifestations, isolées, ne prouveraient rien ; c'est leur association, leur constance et leur apparition dès le jeune âge qui permettent d'affirmer la perversité instinctive. Les éléments mêmes du syndrome « perversion » revêtent d'ailleurs des caractères bien spéciaux : on ne saurait confondre par exemple le vol de l'épileptique ou le « vol généreux » des sujets qui présentent un « complexe d'infériorité » avec le vol des pervers.

Ce qui caractérise la perversion instinctive c'est la précocité des premières manifestations perverses, la constance des récidives, l'inaffectivité totale, l'inintimidabilité, l'impossibilité d'obtenir un amendement.

Mais il ne faut pas perdre de vue qu'il y a des degrés dans la perversité. Nous pouvons distinguer :

— Les pervers qui ont perdu le sens de la pitié et de la probité.

— Ceux qui ont perdu seulement le sens de la pitié ou de la probité.

Il faut rapprocher de la perversion instinctive les

perversions post-encéphalitiques qui n'en diffèrent que par leur étiologie et posent les mêmes problèmes.

Au contraire, il faut savoir différencier des pervers les enfants pervertis par le milieu social où ils ont vécu. Ce ne sont pas des récidivistes constitutionnels et, dans un milieu approprié, ils pourront s'amender.

Ces distinctions ont une importance considérable à cause de la différence du pronostic et de la conduite à tenir. Aussi il est indispensable que les enfants, chez qui se manifestent des tendances perverses, soient placés dans un « centre d'observation » où un psychiâtre pourra les examiner tout à loisir.

L'impossibilité de garder les pervers en compagnie d'enfants normaux est évidente et leur renvoi de tous les établissements est inévitable.

Nous citons quelques observations d'enfants dont la perversité a été cause de leur renvoi d'établissements d'éducation secondaire.

OBSERVATION CXLI. — D..., 10 ans 1/2.

N. M. 10 ans 1/2.

Vient d'être renvoyé d'un collège.

C'est le type du pervers instinctif. Il a commis plusieurs vols domestiques. Il ment sans arrêt et n'hésite pas à porter contre ses camarades ou contre ses frères et sœurs des accusations calomnieuses. Il est cruel avec les animaux.

En même temps qu'une puberté précoce (P_4 A_2) sont apparues des manifestations érotiques : on l'a surpris avec des garçons plus âgés que lui.

L'examen physique révèle quelques stigmates d'hérédosyphilis: tubercule de Carabelli, signe de Gaucher, fossette coccygienne.

OBSERVATION CLXXII. — G..., 12 ans. N. M. 12 ans.

Cet enfant a été renvoyé de nombreux établissements. Il est actuellement en sixième où il fait seulement acte de présence. Il se refuse à travailler.

C'est un « cancre voyou » dit son père.

Dès l'âge de six ans l'enfant disait à celui-ci : « Je ne comprends pas comment tu peux tenir avec la vie que je te fais mener ».

Totalement indifférent, il ne pleure jamais, ne se met jamais en colère ; il est absolument inaffectif et inintimidable. Il se comporte avec son père comme avec un étranger. Il frappe sa belle-mère.

Il reconnaît sa mauvaise conduite mais n'en éprouve nul regret : « Je suis insupportable, mais je suis à prendre comme cela ».

L'examen physique révèle chez cet enfant de petits signes d'hypothyroïdie : signe du sourcil, infiltration cutanée.

OBSERVATION CCII. — D..., 18 ans.

Renvoyé de nombreux collèges, ce jeune homme vient d'être refusé pour la deuxième fois à son baccalauréat.

Il a fait d'innombrables fugues.

Il est soupçonné de plusieurs vols, en particulier de vols de livres chez des libraires. On l'a trouvé un

jour avec 3.000 francs sur lui, argent dont il n'a pu indiquer la provenance. Il ment constamment et calomnie volontiers ses camarades pour écarter de lui les soupçons.

A la suite d'un traitement endocrinien est apparu un érotisme à tendances anormales : plusieurs fois il a été trouvé dans des w.-c. avec d'autres garçons. Récemment il a été raconté des histoires obscènes à une petite fille de 13 ans. Actuellement il est lié avec une fille.

Il est absolument inintimidable. Il se montre insolent, vindicatif.

3° La paranoïa.

La paranoïa est une cause fréquente d'inadaptation scolaire. C'est un trouble du caractère où l'on observe l'association d'une fausseté du jugement à des troubles affectifs.

Le paranoïaque est orgueilleux, imbu du sentiment de sa supériorité, foncièrement égoïste. Il rapporte tout à sa propre personnalité et s'imagine que chacun s'occupe de lui. Cette hypertrophie du « moi » s'accompagne toujours de méfiance, de malveillance et de jalousie.

La fausseté de jugement le fait grossir et transformer la foule des petits incidents quotidiens qu'il interprète comme dirigés avec malveillance et intentionnellement contre lui. Il a tendance à systématiser

et à construire un raisonnement juste sur ces prémisses fausses.

Il est en révolte contre la discipline scolaire comme il le sera contre toute autorité qui s'exercera à son égard... C'est un insatisfait perpétuel.

Un élève obtient-il une note meilleure que la sienne ? Un professeur lui fait-il une remarque ? Il en conclut à une partialité du professeur dont il va se plaindre au directeur et à sa famille. Celle-ci, bien souvent, d'ailleurs, méconnaît le trouble de caractère de l'enfant et s'en fait le complice involontaire.

Le paranoïaque est souvent aussi un imaginatif, un mythomane qui finit par croire lui-même à des histoires entièrement imaginaires. Pour peu qu'il ait quelques tendances perverses on conçoit les accusations calomnieuses qu'il pourra formuler au service de sa malveillance et de sa jalousie.

Les enfants paranoïaques sont, en général, intelligents, travailleurs, ambitieux. Mais leurs actes d'hostilité, contre leurs camarades comme contre leurs professeurs, sont souvent cause de leur renvoi des établissements scolaires et, en tous cas, perturbent gravement la scolarité. En voici quelques exemples :

OBSERVATION CXVIII. — D..., 17 ans. N. M. : normal.

Cet élève, d'intelligence normale, a un gros retard scolaire (niveau scolaire à peine plus élevé que le C. E. P.) du fait de son renvoi de plusieurs établissements.

Orgueilleux et susceptible il n'admet pas la moin-

dre observation ni la plaisanterie la plus anodine. Et comme c'est un impulsif il s'ensuit des actes de violences. Toujours inquiet, il s'imagine que toute remarque générale s'adresse à lui ; s'il voit quelqu'un sourire : c'est de lui qu'on se moque !

On trouve dans ses antécédents une hérédité assez chargée : sa mère a des accès de mélancolie avec idées de suicide ; son grand-père maternel s'est suicidé.

OBSERVATION CXLVII. — J..., 15 ans. N. M. 13 ans.

Cet enfant a dû abandonner les études secondaires.

Paranoïaque émotif. Complexe d'infériorité en rapport sans doute avec sa frêle constitution physique.

Conflit perpétuel avec ses professeurs, ses camarades. Attitude hostile. Sort difficilement de sa réserve. Partout où il va tout le monde est contre lui, dit-il.

Examen physique :

Développement insuffisant. Poids : 38 k. 200.

Totalement impubère. Verge clitoridienne. Syndrome d'hypothyroïdie (infiltration cutanée, signe du sourcil).

OBSERVATION CXC. — V..., 14 ans. N. M. 14 ans.

Est en troisième, mais travaille mal.

Type de paranoïaque jaloux. Affirme qu'on lui préfère toujours son frère. Fait des scènes à tout instant.

Manifeste des opinions extrémistes, révolutionnaires.

Abord méprisant et hautain, lèvres minces. Attitude hostile.

L'examen physique ne révèle rien de particulier.

La mère décédée, son père s'est remarié. L'enfant a eu une éducation déplorable qui n'a pu qu'aggraver les troubles du caractère.

LES MALADIES MENTALES

Trente et une des causes d'insuccès scolaires dans nos 300 observations étaient dues à des affections mentales : mélancolie et manie, obsessions et anxiété, démence précoce.

1° Mélancolie et manie.

Ces affections sont en général périodiques et affectent gravement les études secondaires quand une crise survient au moment de la scolarité.

Souvent c'est au moment de la puberté qu'apparaît la première crise.

La mélancolie, plus fréquente que la manie, se manifeste par une tristesse intense, une asthénie physique et morale, une sensation d'impuissance devant la moindre difficulté que le malade se croit incapable de surmonter. Il ne dort plus, perd son appétit, maigrit ; le travail devient nul. Il est évident qu'un tel état s'accompagne d'un arrêt total de la scolarité. La lassitude morale, le dégoût de la vie peuvent même entraîner une tentative de suicide.

Nous pouvons citer quelques observations, résu-

mées, d'élèves qui ont dû cesser leurs études secondaires à cause d'une crise de dépression mélancolique.

OBSERVATION CCXIX. — De S..., 17 ans, 11 mois.

Avait eu jusqu'à 15 ans 1/2 une scolarité normale. Depuis deux ans il ne travaille plus. Il est devenu asthénique, il est découragé, il ne tente plus le moindre effort. Aux incitations à sortir de sa torpeur il réagit par de brusques crises de colère. Il ne dort plus, ne mange plus.

Parfois il reste une semaine entière dans sa chambre sans sortir.

OBSERVATION CCXXVII. — Mlle M..., 18 ans.

A dû interrompre ses études pendant un an alors qu'elle était en philosophie.

Elle fait une crise de dépression mélancolique avec idées de suicide.

Elle ne mange presque plus, ne dort pas, maigrit considérablement.

La cause déterminante de cet accès est peut-être un échec à un examen trimestriel, chez cette élève un peu panarœïque.

Plus rarement les enfants présentent au cours de l'année scolaire un accès de manie, et leur turbulence, leurs facéties sans nombre, sont cause de leur renvoi des établissements où ils se trouvent placés. Nous en avons trouvé un cas dans nos 300 observations ; le voici :

OBSERVATION CCXLII. — T..., 13 ans 1/2.

A dû interrompre ses études depuis quinze jours alors qu'il se trouvait en quatrième.

Accès typique de manie : gesticulation, grimaces, fuite des idées, jeux de mots dont il rit aux éclats, chants, etc...

Lourde hérédité dans la lignée paternelle :

— Grand'mère paternelle morte internée.

— Père interné pour éthylisme.

Plus souvent que des accès de mélancolie ou de manie nettement caractérisés, on observe des psychoses périodiques atténuées, des états cyclothymiques, dans lesquels se succèdent des accès larvés de dépression et d'excitation.

Les enfants qui, pendant une période, travaillent bien et sont disciplinés, cessent brusquement le travail et se font remarquer, soit par leur turbulence, soit par leur asthénie et leur paresse. Au bout de quelques jours ou de quelques semaines ils reprennent leur vie studieuse jusqu'à une nouvelle période d'excitation ou de dépression.

Nous pouvons en citer une observation caractéristique :

OBSERVATION CCXXXVIII. — G..., 16 ans 1/2.

Cette jeune fille est en première. Habituellement travailleuse, elle est sujette à des crises de dépression, qui durent quelques jours, et pendant lesquelles elle cesse complètement de travailler.

En ce moment elle subit une crise. Elle est fatiguée,

découragée, triste. Elle pleure à la moindre occasion, s'isole de ses camarades. Elle ne dort plus, ne mange presque plus. Examen physique : rien à signaler de particulier.

Antécédents personnels :

Elle a été violée à 12 ans.

Antécédents héréditaires :

— Grand'mère paternelle internée.

— Un oncle paternel est psychopathe.

2° Anxiété et obsession.

L'anxiété se rencontre plus souvent que la mélancolie ou la manie au cours de la vie scolaire.

Elle survient toujours sur une constitution émotive dont Dupré a groupé les éléments et mis en lumière les stigmates organiques : hyper-réflexivité, hyperesthésie sensorielle, tendance aux spasmes, troubles vaso-moteurs... ; tous signes qui n'ont de valeur que par leur association.

Le psychisme de ces enfants émotifs se caractérise par une hyperesthésie affective; ils sont sensibles, affectueux, exubérants dans leurs joies comme dans leurs chagrins.

La constitution anxieuse, si elle a les mêmes stigmates physiques que la constitution émotive, s'en distingue par les stigmates psychiques. L'émotif a des réactions affectives exagérées mais immédiates et transitoires ; l'anxieux est « un émotif qui voit la vie en noir », qui ajoute un pessimisme permanent à l'émotivité.

L'enfant anxieux n'est jamais content de lui. Il est scrupuleux, méticuleux ; il relit plusieurs fois son devoir avant de le rendre au professeur..., et à peine a-t-il donné ce devoir, fait cependant avec un soin extrême, qu'il s'imagine avoir laissé passer de nombreuses fautes. Un professeur lui fait-il un reproche ? Il n'en faut pas plus pour le persuader qu'il ne pourra jamais arriver à rien. Il est superstitieux, constamment hanté de pressentiments malheureux ; incapable de savourer une joie, il pense tout de suite à ce qui pourra venir l'assombrir. Le moindre malaise l'inquiète, il craint la maladie, la souffrance. Il est extrêmement sensible, irritable, il fuit les jeux trop rudes et se tient à l'écart. Son sommeil est agité, coupé de terreurs nocturnes.

La vie scolaire est trop dure pour lui et une maladie d'un professeur ou d'un camarade peut le pousser à la fugue ou même au suicide.

Sur ce fond d'anxiété permanente se greffent des paroxysmes qui réalisent la psychose anxieuse. Elle se caractérise par des sentiments de dépersonnalisation parfois, mais surtout par des obsessions, impulsions ou phobies dont le caractère morbide n'échappe pas au malade, ce qui contribue à accroître encore son angoisse.

Parfois le paroxysme est plus aigu : c'est la « crise anxieuse » revêtant quelquefois une forme coléreuse, plus souvent une forme angoissante.

Nous ne pouvons étudier ici la pathogénie de l'anxiété que les théories freudiennes sont venues éclairer d'un jour nouveau.

Ce qui est certain, c'est l'influence qu'ont, sur une constitution émotive, le surmenage affectif (concours, déceptions...), les émotions répétées, les soins trop attentifs des parents, aussi bien que l'isolement trop brutal dans un internat.

Quant à la crise pubérale elle a une influence capitale dans l'éclosion des névroses d'angoisse. Les préoccupations sexuelles qui accompagnent toujours la puberté sont souvent, en effet, la cause d'obsessions centrées sur un complexe sexuel : crainte de rougir sous le regard, phobies de la souillure, tendances irrésistibles à la masturbation... Souvent aussi à ce moment, les scrupules religieux si fréquents chez les anxieux s'exagèrent et se transforment en obsessions érotico-religieuses.

Dans les deux observations suivantes l'arrêt de la scolarité était dû à l'anxiété :

OBSERVATION CCXXXV. — C., 16 ans.

Jeune fille intelligente. Était en deuxième où elle travaillait bien.

Depuis un mois : crise d'anxiété.

— Tristesse, angoisse vague, imprécise.

— Parfois sentiment de dédoublement de la personnalité.

— Tendances obsédantes : crainte de la souillure morale ; auto-accusations.

— Idées de suicide.

— Idées hypocondriaques ; en particulier une myopie accentuée la préoccupe beaucoup.

Examen physique :

Stigmates d'émotivité.

Quelques signes d'hypothyroïdie.

Antécédents personnels :

Crise de dépression mélancolique avec idées de suicide il y a deux ans.

Antécédents héréditaires :

Père : crise de dépression avec idées de suicide, en même temps qu'elle, il y a deux ans.

Un frère de son père avait « des idées de grandeur ».

OBSERVATION CCXXI. — A..., 15 ans.

N. M. 12 ans (lenteur des réponses).

Elle était en quatrième. Depuis janvier dernier elle a dû cesser ses études.

C'est une grande émotive, trop sensible, trop affectueuse qui est entrée dans l'anxiété à la suite d'un sermon sur le purgatoire, sermon qui l'avait absolument terrorisée.

Cauchemars dans lesquels elle voit ses parents mourir, terreurs nocturnes.

Scrupules religieux allant jusqu'à l'obsession : confessions multiples n'arrivant pas à la satisfaire, phobie du péché, crainte de communier après une confession imparfaite...

Phobie de la souillure physique : elle se lave les mains continuellement, n'ose toucher à rien.

Désir de mourir.

Examen physique :

Cette malade frappe par son aspect parkinsonnien. Elle est raide, figée, son visage est inexpressif. La parole est lente, monotone. Phénomène de la « roue dentée ». Tremblement manifeste surtout dans l'écriture.

A la P. L. : cytologie et réaction du benjoin colloïdal normales. Albumine normale (0,22) ; sucre : 0,75 ‰.

Dans les antécédents on ne trouve rien d'anormal, et en particulier rien qui ait pu ressembler à une encéphalite épidémique.

A propos de cette observation nous pouvons remarquer combien des paroles maladroites, comme celles de ce sermon sur le purgatoire, peuvent avoir des conséquences graves sur certaines constitutions émotives et quelle prudence il faut avoir quand on s'adresse à des enfants.

D'autre part l'aspect parkinsonnien de cette enfant nous amène à parler du rôle de l'encéphalite épidémique dans l'éclosion de l'affection.

Les troubles du caractère consécutifs à l'encéphalite épidémique sont bien connus (HEUYER, BRIAUD et BOREL, LAIGNEL-LAVASTINE, H. CLAUDE, LOGRE...). Ils sont en général de trois ordres : réactions impulsives, perversité, excitation hypomaniaque. Bien que l'on n'ait pu faire la preuve de l'encéphalite dans les antécédents de notre malade nous pensons qu'il est très possible qu'une crise fruste, atypique soit responsable et du syndrome parkinsonnien, et des troubles psychiques.

Nous ne pouvons manquer de signaler, à propos de ces affections mentales : mélancolie, manie, anxiété, obsessions, le rôle important que joue l'hérédité dans leur éclosion. Il s'agit en général d'hérédité similaire de première ou de deuxième génération ; plus rarement c'est une hérédité psychopathique dissemblable ; parfois on peut observer une « hérédité précessive » (HEUYER), c'est-à-dire telle que les troubles des ascendants n'apparaissent qu'après ceux des descendants.

Nous avons vu cette influence de l'hérédité dans nos observations CCXXXVIII, CCXLII.

Voici le résumé succinct de quelques autres observations où le facteur héréditaire est particulièrement net :

OBSERVATION CCXX. — D..., 12 ans.

Fait une crise de dépression mélancolique.

Sa mère est internée pour mélancolie.

Sa grand'mère maternelle s'est suicidée.

Sa grand'mère paternelle est morte aliénée.

OBSERVATION CCXXV. — R..., 17 ans.

Fait une crise de dépression mélancolique avec idées hypocondriaques, idées de suicide, obsessions.

Sa mère est sujette à des crises de dépression mélancolique.

Son père a des périodes d'excitation hypomaniaque.

OBSERVATION CCXXXIX. — J..., 17 ans.

Subit actuellement une crise de dépression mélancolique avec idées de suicide.

Son père fait des crises de dépression de même que sa grand'mère paternelle. Un frère de son père s'est suicidé.

Voici enfin, pour terminer ce paragraphe sur le rôle de l'hérédité dans ces affections, l'observation de toute une famille dont les membres présentaient des troubles anxieux ou dépressifs.

Mère : Grande émotive, sujette à des épisodes dépressifs accompagnés d'idées de suicide. Préoccupations hypocondriaques.

Père : Il est anxieux, psychasthénique ; il éprouve un perpétuel sentiment d'incapacité, un dégoût de la vie qui n'a jamais entraîné cependant d'idées de suicide. Terreurs nocturnes.

Fils aîné : C..., 16 ans.

C'est un grand anxieux, jaloux de sa mère et de son jeune frère. Ambivalence: il dit qu'il aime bien sa famille mais qu'il a en même temps envie de lui faire du mal. Phobie de la solitude. Nombreux tics.

A la suite d'un séjour à la campagne où il a vu tuer un grand nombre de poules et de lapins, il est obsédé du désir de tuer. Il a étranglé un jour un chat. Une autre fois il voulait absolument qu'on le laisse égorger un canard.

Fille : S..., 13 ans.

Grande émotive, Pas d'anxiété. Cependant elle a des moments d'ennui où elle pleure et sanglote.

Le plus jeune frère : G..., 9 ans.

C'est un émotif instable. Turbulent, agité, il touche à tout, casse tout. A la moindre occasion il se met dans des colères effroyables où il lance des objets à la figure des personnes présentes.

Travail scolaire nul malgré un N. M. de 9 ans.

3° Démence précoce.

Cette affection qui débute électivement au moment de la puberté sévit plus particulièrement, semble-t-il dans les milieux instruits. Nous en avons noté 3 cas dans les 300 observations que nous avons étudiées.

La démence précoce se manifeste par un affaiblissement intellectuel qui revêt certains caractères spéciaux.

Cet affaiblissement intellectuel, dont la constance a été démontrée par HEUYER et LE GUILLANT, s'accompagne en effet d'une dissociation des facultés mentales, d'un reploiement du sujet dans un monde intérieur, d'une inaffectivité absolue.

Il s'ensuit, au point de vue clinique, une discordance des réponses, parfois ambivalentes, une perte de contact avec le monde extérieur, du symbolisme. Indifférent à tout ce qui l'entoure le malade vit exclusivement son rêve intérieur.

Si parfois la démence précoce survient sur un terrain schizoïde (BLEULER) il est certain que bien souvent les malades étaient auparavant parfaitement normaux ou, quelquefois, porteurs de tares psychiques ou organiques diverses (HEUYER) en l'absence de toute constitution schizoïde.

Il est bien évident que pour ces enfants il ne peut être question de scolarité.

AFFECTIONS ORGANIQUES DIVERSES

Dans 41 observations, le facteur prédominant d'insuccès était une affection organique.

Dans certains cas c'est un trouble du développement général qui est en cause, et l'on se trouve devant un sujet chétif, malingre, mais chez qui l'examen le plus complet n'arrive pas à déceler de lésions organiques d'un appareil déterminé.

Dans d'autres cas, il s'agit d'affections organiques nettement caractérisées, parmi lesquelles les plus fréquemment observées sont : les lésions cardio vasculaires, les troubles neurologiques, les dysfonctionnements endocriniens.

Six enfants présentaient un syndrome d'insuffisance mitrale ou de rétrécissement mitral qui expliquait l'insuccès scolaire.

Des troubles neurologiques, dont nous avons relevé 17 cas, le plus souvent en cause est l'épilepsie (7 cas). La répétition des crises ou les troubles impulsifs du

caractère qu'elle provoque, sont un empêchement au maintien de l'enfant dans un établissement normal.

Nous aurions pu classer avec les troubles épileptiques, malgré l'absence actuelle de crises convulsives, un certain nombre de cas que nous avons comparés avec les troubles du caractère et dans lesquels dominait l'impulsivité.

On sait en effet avec quelle constance on retrouve des convulsions dans les antécédents de ces enfants, et que ces convulsions de la première ou de la deuxième enfance, si elles s'accompagnent de révulsion des globes oculaires ou de perte de connaissance, doivent être considérées comme des crises épileptiques. Seule, d'ailleurs, la conscience qui accompagne ces réactions impulsives empêche de les placer au nombre des équivalents épileptiques.

L'observation suivante est un exemple de la concordance de l'épileptoïdie avec les convulsions de l'enfance :

OBSERVATION CXXXIV. — P..., 12 ans.

N. M. inférieur à 12 ans.

Est en 5°, dans les derniers.

Travail lent, pénible, médiocre malgré des efforts.

Troubles importants du caractère : colères d'une violence inouïe, éclatant brusquement pour des raisons souvent insignifiantes. Pendant ces colères il brise les objets, les lance à la figure des personnes présentes, crie des injures. Cessation brusque de la crise.

Terreurs nocturnes.

Pas de fugues.

Examen physique :

Signe de gaucher, tubercule de Carabelli, fossette coccygienne. .

Antécédents personnels : on trouve la notion de crises convulsives, avec révulsion des globes oculaires, au cours de la première enfance.

Antécédents héréditaires :

Rien de particulier, sinon que sa grand'mère était mélancolique.

Quant aux dysfonctionnements endocriniens, ils ont un intérêt tout particulier du fait :

— de leur fréquence,

— des possibilités thérapeutiques qu'ils offrent.

Dans nos observations, nous avons trouvé comme cause majeure d'inadaptation plusieurs syndromes d'insuffisance thyroïdienne, des syndromes de Babinski-Froelich, des dysplasies eunuchoïdes, des cas de gigantisme ou de nanisme.

CAUSES FAMILIALES

Si dans 388 observations l'échec scolaire était dû à un facteur personnel, dans 12 cas c'est un facteur familial qui était en cause.

Au premier chef de ceux-ci, nous devons placer les mésententes entre les parents, mésententes qui expliquent que les enfants, tiraillés de part et d'au-

tre, ne peuvent réussir dans des études auxquelles leur intelligence les rend cependant aptes.

Mais souvent on a affaire à des parents qui, pour des raisons diverses, sont obligés de se déplacer fréquemment et tiennent à emmener avec eux leurs enfants. Ceux-ci, sans cesse changés d'établissements, ne peuvent s'adapter à des méthodes pédagogiques, toujours différentes.

Enfin, plus rarement, les parents, voulant soustraire leurs enfants à des contacts qu'ils jugent néfastes, maintiennent ceux-ci dans des établissements dont la clientèle est sélectionnée, certes, du point de vue social ou religieux, mais dont la valeur pédagogique s'avère nettement insuffisante.

.. .. .

Telles sont les causes principales de l'inadaptation scolaire dans l'enseignement secondaire ainsi que nous avons pu les déduire de l'examen des 300 cas que nous avons étudiés.

Nous allons voir maintenant les mesures que nous croyons pouvoir être envisagées pour remédier à chacun de ces cas.

CHAPITRE II

RECHERCHE DES MOYENS DE REMEDIER AUX DIVERSES CAUSES D'INADAPTATION

Nous allons étudier successivement les solutions qui peuvent être envisagées pour les problèmes qui se posent.

D'ores et déjà, nous l'avons vu, nous pouvons classer les inadaptés dans deux catégories : les inadaptables et ceux que des mesures appropriées peuvent amener à faire des études normales.

De la première catégorie font partie les déficients intellectuels et certains malades mentaux. Tous les autres cas peuvent, nous semble-t-il, être rangés dans la seconde catégorie avec une certaine réserve cependant pour la perversité, et pour certains troubles organiques.

I° LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE

Rarement l'insuffisance intellectuelle est en rapport évident avec un dysfonctionnement glandulaire,

et un traitement précoce et bien conduit pourra permettre un développement intellectuel ultérieur normal.

La plupart du temps, on ne trouve aucune cause organique évidente et curable à cette insuffisance. Il importe, dès lors, que ces enfants soient éloignés, dès le début, d'études qu'ils seront incapables de poursuivre avec succès. On peut admettre, en effet, qu'un enfant qui présente un retard intellectuel de un à deux ans ne comblera jamais son retard et que la différence entre l'âge chronologique et l'âge mental ne fera que croître avec le temps.

Si on calcule chaque année le niveau mental d'un enfant, on s'aperçoit qu'il y a un parallélisme net entre l'accroissement de l'âge et celui du niveau mental. Celui-ci croît donc d'une façon à peu près régulière jusqu'à la puberté, soit quinze ans environ. A partir de ce moment, le niveau mental n'augmente plus et dès lors « on peut devenir plus savant, on ne devient pas plus intelligent ». Le niveau mental à 20 ans est le même qu'à 15 ans. Ce parallélisme de l'âge et du niveau mental jusqu'à la puberté et l'arrêt du développement de l'intelligence à ce moment, se vérifient aussi bien pour les enfants normaux que pour les insuffisants intellectuels et les débiles. Cette règle, cependant, comme toujours en cette matière, n'est pas d'une rigueur absolue, et quelques exceptions peuvent se trouver. Mais, même dans ces cas qui sont très rares, les variations ne sont jamais importantes. Ceci a été bien établi par les études

poursuivies depuis de nombreuses années à la clinique de neuropsychiâtrie infantile de la rue de Vaugirard et, dans sa thèse, Madame LECOMTE-LORSIGNOL a cité quelques observations d'enfants dont le niveau mental a été suivi depuis l'enfance jusqu'au delà de la puberté.

Puisqu'on ne peut espérer une amélioration de leur intelligence, il est indispensable de créer un barrage efficace qui empêchera ces insuffisants intellectuels de se fourvoyer dans l'enseignement secondaire et permettra de les aiguiller, alors qu'il en sera temps encore, vers des études à leur portée. Le problème de cette sélection se pose avec une acuité accrue actuellement du fait de l'afflux considérable des élèves vers l'enseignement secondaire depuis qu'a été créée sa gratuité.

C'est pour ces raisons qu'ont été établis les examens de passage, et, plus particulièrement, l'examen de passage de 6°.

Mais cet examen de passage présente deux inconvénients :

1° S'il constitue, en effet, un barrage efficace pour les débiles et les grands insuffisants intellectuels qui seront absolument incapables de le franchir, il pourra être passé par des sujets insuffisamment intelligents mais particulièrement travailleurs. Cet examen porte en effet, sur des connaissances scolaires qui sont encore à leur portée, tandis que leur intelligence médiocre ne leur permettra jamais de s'attaquer, avec quelque chance de succès, à l'étude du grec, du latin et des sciences.

2° D'autre part, un tel examen de passage arrêtera les sujets qui ont une intelligence suffisante mais qui présentent un retard scolaire. Ce retard scolaire, qui peut être dû à des causes fort diverses, pourra, dans certains cas être rattrapé ; au contraire, un retard intellectuel, nous l'avons vu, ne se rattrape jamais. On pourrait citer des quantités d'exemples d'enfants qui ont pu combler très rapidement un gros retard scolaire.

Il semble donc qu'il soit rationnel de remplacer cet examen de passage par une étude du niveau mental de chaque élève et de se baser sur ce niveau mental pour faire la sélection.

Les innombrables critiques qui ont été faites à l'évaluation du niveau mental par la méthode des Tests s'effondrent devant les résultats obtenus par tous les auteurs qui les emploient de façon courante.

Que l'on utilise ceux de BINET et SIMON ou ceux de TERMANN, il est certain que l'on obtient une évaluation du niveau mental dont la fidélité ne peut être contestée et qu'il est désormais impossible de s'en passer à quiconque s'occupe de psychologie infantile.

Il serait trop compliqué de vouloir approfondir plus complètement pour chaque élève l'étude des diverses fonctions mentales. D'ailleurs, ces tests, surtout ceux de TERMANN, s'ils donnent une mesure quantitative, permettent aussi une certaine appréciation des fonctions mentales. Cette étude, en bloc, des fonctions mentales coordonnées qui constituent l'intel-

ligence, nous semble suffisante pour le but à atteindre. Non pas que nous voulions nier l'intérêt qu'il y aurait à apprécier plus exactement les diverses fonctions mentales. Le docteur OMBREDANNE a employé pour un travail sur les inadaptés scolaires les tests de MAELI qui présentent, outre leur caractère plus analytique, l'avantage d'être moins verbaux que les tests de TERMANN et de s'adresser à une forme plus concrète d'intelligence. Mais ces tests sont d'un emploi plus compliqué et sont donc difficilement applicables à une sélection qui porte sur un nombre considérable de sujets. De plus, leur étalonnage ne présente pas encore les garanties de celui des tests de TERMANN.

Le milieu social et l'entourage habituel de l'enfant influent sur son niveau mental ; tous les auteurs sont d'accord sur ce fait. DELVAUX classe les enfants en trois catégories sociales : inférieure, moyenne, supérieure, en se basant sur la profession du père et de la mère, les locaux qu'ils habitent, les personnes en contact habituel avec l'enfant, les établissements scolaires qu'il a fréquentés... Il conclut que l'âge mental, évalué avec les tests de TERMANN, dépasse l'âge chronologique de 1 an 1/2 pour les enfants de la classe sociale supérieure. L'écart de cette classe avec la classe moyenne est de 14 mois, et celui de la classe moyenne avec la classe inférieure est de 10 mois. Pour Mlle ABRAMSON, la différence entre les classes sociales supérieures et inférieures, est même supérieure à deux ans. Cet écart est dû au fait que, dans

la classe aisée, les parents ont plus de loisirs pour s'occuper de leurs enfants, converser avec eux... Ce sont, d'ailleurs, surtout les facultés verbales qui sont mieux développées et les tests de TERMANN sont, en majorité, des tests verbaux. DELVAUX attribue aussi un rôle important à l'hérédité : les individus ne font pas partie d'un niveau social supérieur par hasard, mais parce que leur intelligence les y a élevés ; il n'est donc pas étonnant que les enfants de ces individus intelligents soient eux-mêmes mieux doués que les autres.

Il est possible que le niveau mental des enfants de la classe sociale inférieure s'améliore sensiblement quand leur esprit aura pris un peu de maturité.

Aussi faudra-t-il laisser une certaine marge pour la sélection, marge pouvant aller jusqu'à un retard d'un an du niveau mental sur l'âge chronologique. Mais tout enfant dont le retard sera supérieur à un an devra être éliminé impitoyablement.

Un point très important est que les tests doivent être établis et appréciés par des personnes qui ont une grosse expérience de ces examens mentaux, et qui connaissent parfaitement le développement psychique de l'enfant.

Si les modalités d'application de la méthode peuvent être discutées, un point nous paraît définitivement acquis : la nécessité de baser la sélection sur l'étude du niveau mental des enfants, et l'élimina-

tion de tout élève qui présente un retard intellectuel de plus d'un an.

Mais certains auteurs, s'ils admettent parfaitement la valeur théorique de la méthode, contestent sa valeur pratique. Ils pensent que la divulgation des tests devenant inévitable, ces tests, connus des enfants à l'avance, deviendraient inopérants.

C'est ainsi que Ch. DIETZ, dans un travail fait avec une rigueur scientifique remarquable, après avoir affirmé que « la méthode des tests, appliqués à la « mesure de nos fonctions mentales, conduit seule, « dans l'état actuel de nos connaissances, à des résultats positifs », n'en conclut pas moins à l'impossibilité d'appliquer cette méthode de sélection pour la raison que nous venons d'indiquer. Il est impossible, dit-il, de multiplier les batteries de tests ; il serait, en effet, impossible d'étalonner et d'équilibrer ces tests, qui insuffisamment expérimentés feraient perdre à la méthode toute sa valeur. Ayant remarqué une certaine corrélation entre les résultats des compositions trimestrielles et le niveau mental, il proposait comme solution une sélection basée sur les notes de ces compositions trimestrielles et l'appréciation des professeurs (qui, selon K. NASSRI, serait en corrélation plus étroite encore que les compositions trimestrielles avec les résultats des tests). Un tel système fonctionnerait de manière satisfaisante dans certaines villes allemandes telles Brême et Hambourg.

On peut répondre à ces auteurs que leur méthode

ne résout pas le problème des retards scolaires et que leur objection ne tient pas compte de plusieurs faits. Pour la plupart des tests, si l'enfant les retient, c'est qu'il les a compris, et la façon même d'y répondre ne trompera pas une personne suffisamment expérimentée.

D'autre part, il existe, depuis cette année, pour la batterie de TERMANN, des séries de tests parallèles et des tests complémentaires dont la concordance avec leurs homologues est affirmée par une longue expérimentation. Il n'est donc pas impossible de varier, tout au moins dans une certaine mesure, les tests.

Enfin, la sélection par l'étude du niveau mental est appliquée depuis de nombreuses années dans la plupart des villes allemandes et dans certaines villes américaines où elle donne toute satisfaction.

Aussi pensons-nous qu'une méthode de sélection scolaire, basée sur le niveau mental, devrait être mise en application le plus vite possible en France pour remplacer l'examen de passage de 6^e. L'établissement de ce niveau mental permettrait aussi de déceler déjà les troubles du caractère et en particulier l'instabilité.

Cette sélection comporte en corollaire un autre problème : l'orientation ultérieure des sujets éliminés.

Cette question sort quelque peu du cadre de cette étude. Si l'enfant est un débile, il faudra le placer dans un internat de perfectionnement ou dans une « classe parallèle ». Plus délicate est la question quand il s'agit d'enfants qui ne sont pas débiles mais

qui ont cependant un retard intellectuel. Certains parents, en effet, ne voudront pas mettre leurs enfants dans des classes primaires et encore moins dans des écoles professionnelles. Serait-il utile de créer, pour ces enfants, des établissements qui soient à l'enseignement secondaire ce que les internats de perfectionnement sont à l'enseignement primaire ?

Ceci semble très discutable. En effet, on tend de plus en plus à l'heure actuelle à obtenir de l'individu le « rendement social » maximum, et il semble que l'enseignement doit être dirigé dans ce sens. Or, l'enseignement secondaire, nous l'avons vu, a pour but de rendre l'élève apte à des études supérieures pour lesquelles le baccalauréat sera, en général, exigé. Tout enseignement qui n'aboutirait pas à donner les connaissances indispensables pour faire ces études supérieures, semble donc devoir être vain ou même nuisible. A quoi serviront, en effet, les rudiments de langues mortes ou de sciences que l'on aura appris à grand peine à ces enfants devenus désormais trop âgés pour pouvoir être placés en apprentissage ou dans un établissement d'enseignement professionnel ?

2° LES TROUBLES DU CARACTERE

Contrairement à l'insuffisance intellectuelle, les troubles du caractère peuvent parfois être compatibles avec une scolarité normale, pourvu que l'en-

fant soit placé dans des conditions adaptées à son caractère.

Ces enfants devront être soumis à un contrôle médical, ou plutôt médicopsychiatrique constant. En effet, certaines psychoses de l'adulte sont contenues en puissance dans ces troubles du caractère. D'autre part, le caractère est la résultante de facteurs divers : antécédents héréditaires, antécédents personnels, milieu familial, éducation, tous éléments que seul le médecin sera à même d'apprécier. Enfin, on ne saurait concevoir actuellement l'étude et le traitement des troubles du caractère sans tenir compte du jour nouveau qu'ont jeté sur le mécanisme de certains de ceux-ci les théories psychanalytiques. La psychanalyse permet de comprendre certains états qui, sans elle, demeureraient incompréhensibles ; et il est indiscutable qu'elle a à son actif des succès thérapeutiques éclatants. Mais c'est là un moyen d'investigation très délicat et une arme à double tranchant qui ne doit être confiée qu'à des personnes qui possèdent des connaissances psychologiques et psychiatriques, approfondies. Aussi la pratique de la psychanalyse par des pédagogues non médecins est absolument inadmissible.

Quand un enfant, qui présente des troubles du caractère, peut être suivi jusqu'à l'âge adulte, il faut bien convenir que le fond même du caractère n'a pas changé : l'émotif reste un émotif, l'instable un instable...

Le caractère est-il donc un élément constitutionnel

rigide sur lequel les influences extérieures n'ont aucune prise, comme le pensait DUPRÉ en établissant la théorie des constitutions morbides? Nous ne le pensons pas. Nous ne croyons pas, non plus, qu'il soit la résultante des seules influences extérieures.

Nous croyons plutôt que le caractère est formé de tendances affectives diverses. Une tendance majeure détermine le fond permanent du caractère : émotivité, instabilité... Elle est toujours le résultat de l'hérédité et ne peut être modifiée. Mais, à cette tendance majeure, s'ajoutent des tendances moins fortes, et ce sont sur celles-ci que pourra agir l'éducation quand la tendance majeure devient telle qu'elle constitue une cause d'inadaptation scolaire.

Ces diverses tendances peuvent être étudiées par les tests de caractère. C'est là une méthode encore imparfaite, certes, mais qui s'améliore de jour en jour.

Le gros reproche qu'on puisse lui faire est qu'il est impossible de l'appliquer aux débiles mentaux et aux enfants qui ont des tendances à la dissimulation.

Mlle COURTHIAL emploie couramment, dans le service du Docteur HEUYER, les tests de WOODWORTH-MATHEWS modifiés, de préférence aux autres tests (HENNING, RORSCHACH...) dont l'aspect, forcément schématique, entraîne des résultats précis mais trop souvent erronés.

Les résultats publiés récemment par le Docteur HEUYER et Mlle COURTHIAL montrent que, hormis les

cas de débilité ou de dissimulation, les réponses des tests concordent avec l'examen psychiâtrique du caractère.

Voici deux observations qui montrent bien l'influence heureuse que peut avoir un traitement bien conduit sur des troubles du caractère. Ce sont des observations d'enfants qui ont été suivis jusqu'à l'âge adulte par le Docteur HEUYER.

OBSERVATION 1. — Enfant R...

1925. 10 ANS.

Enfant intelligent, mais instable.

Agitation perpétuelle. Il regarde tout, touche à tout, casse tout ce qui lui tombe sous la main. Irritabilité, mythomanie, hâblerie pour se faire remarquer, vanité.

Il se raconte à lui-même, tout bas, des histoires :
« J'ai fait ceci, j'ai fait cela... ».

Quelques vols domestiques.

Indifférence aux punitions.

Pas d'impulsions violentes. Pas de malignité.

Examen physique : signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Métabolisme basal : + 11 %.

L'étude du premier développement montre déjà un déséquilibre :

marche : 12 mois,

parole : 10 mois,

première dent : 13 mois.

On trouve une hérédité émotive très nette :

Sa grand'mère paternelle est mélancolique.

Son père est un grand anxieux.

L'enfant est placé dans un établissement privé spécialisé dans l'éducation des instables.

1931. 16 ANS.

Amélioration très importante, *bien qu'il soit resté un instable*. Est en première dans un collège. A fait un excellent premier trimestre. Il a eu, il y a un an, une rechute avec crise d'excitation.

Depuis quelques jours, il travaille moins bien. Il est en proie à des préoccupations sexuelles à la suite de conférences sur la « morale sexuelle ».

1937.

Cet enfant a passé brillamment ses deux baccalauréats et est entré, avec un bon rang, dans une grande école.

Actuellement, il commence brillamment une carrière militaire.

A propos de cette observation, nous rappellerons avec quelle fréquence on trouve, chez les instables, des dissociations dans le premier développement de l'enfant, entre les dates de la première dent, des premiers pas, des premiers mots, de la propreté.

OBSERVATION 2. — Enfant L...

30 DÉCEMBRE 1929. — Age chronologique 11 ans.
N. M. 12 ans.

Enfant instable et paresseux. Sa turbulence, son indiscipline ont été cause de son renvoi de nombreux établissements. Actuellement, il est en 6^e, le dernier de sa classe.

Il affirme être incapable de fixer son attention plus de dix minutes, « même s'il s'agit d'une composition ».

Examen physique :

— quelques extra systoles,

— quelques stigmates d'hérédo-spécificité (tubercule de Carabelli, voûte ogivale, fossette coccygienne, hernie ombilicale).

Antécédents personnels :

Première dent à 6 mois.

Premiers pas à 18 mois.

Antécédents héréditaires :

Sa grand'mère maternelle est décédée de paralysie générale.

8 SEPTEMBRE 1930. — Cet enfant a été dans un établissement privé spécialisé dans l'enseignement secondaire des instables. Il a eu en même temps un traitement antisyphilitique (SULFAR).

Il reste un instable, mais on note une grosse amélioration au point de vue du travail.

9 FÉVRIER 1938.

Il est dans la classe de mathématiques spéciales dont c'est un des meilleurs élèves.

Ces deux observations, que nous avons citées entre cent autres, montrent donc bien que le caractère n'est pas insensible aux influences extérieures comme le pensaient DUPRÉ, KRAEPLIN, KRETCHMER, et qu'on peut arriver à agir sur lui dans une certaine mesure ; mais il faut que cette réforme soit faite très précocement, « elle paraît impossible à effectuer après la puberté » (Mme LECONTE-LORSIGNOL).

Le problème de la scolarité secondaire des enfants qui présentent des troubles du caractère est différent suivant la variété des troubles et leur intensité.

a) Les instables.

Il n'existe actuellement aucun établissement public qui s'occupe des instables capables de suivre un enseignement secondaire.

Par contre, un effort extrêmement intéressant a été tenté, avec un succès indiscutable, par quelques particuliers qui ont créé des maisons où l'on donne une instruction secondaire aux instables.

Les enfants à leur arrivée, sont placés isolément en observation, pendant laquelle on s'attache à faire la rééducation de leur attention. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'on les met en contact avec un nombre d'élèves de plus en plus considérable, et qu'on relâche la surveillance individuelle dont ils font l'objet. L'enseignement qu'ils reçoivent peut, de la sorte, être adapté à leurs possibilités. Dans l'un de ces établissements les études sont poussées jusqu'à la troisième incluse. A leur sortie, les deux tiers des élèves peuvent terminer leur scolarité dans des classes normales et c'est là un résultat extrêmement important.

Mais ces instituts médico-pédagogiques privés ne peuvent s'adresser qu'à un très petit nombre d'élèves. Nous ne pouvons que déplorer l'absence d'établis-

sements publics s'inspirant des mêmes méthodes. L'effectif des classes doit être très réduit afin que le professeur puisse s'occuper de chaque élève individuellement. (L'instable a besoin d'être sans cesse stimulé.) Les professeurs devront avoir subi une formation particulière afin de connaître parfaitement le caractère des enfants qui leur sont confiés. Les méthodes pédagogiques devront tenir compte du fait que l'instable a de la difficulté à suivre une pensée abstraite et s'efforceront de concrétiser l'enseignement. Quant à la discipline, elle devra être adaptée à ce caractère. C'est ainsi que la durée des classes sera très courte, les récréations nombreuses, avec exercices sportifs.

Enfin, les enfants devront être placés sous un contrôle médico-psychiatrique.

b) Les pervers.

Pour les pervers, il n'existe ni établissement privé, ni établissement public où on puisse leur faire suivre un enseignement secondaire.

Tout au plus peut-on placer les amoraux dans les maisons spécialisées pour « enfants difficiles », comme celles qui prennent les instables. Mais il ne peut être question d'y placer des pervers actifs.

Pour certains auteurs, il ne faut pas chercher à instruire ces enfants car, plus ils seront instruits, plus ils seront dangereux.

Ce n'est pas notre avis, et nous pensons, au con-

traire, qu'il faut essayer de dériver leur activité vers des occupations susceptibles de les accaparer complètement.

Ce qui est certain, c'est la nécessité de dépister le plus vite possible la perversité et de placer ces enfants dans des « centres d'observation » afin de pouvoir prendre une décision à leur égard en toute connaissance de cause. La généralisation de ces centres d'observation, fonctionnant sur le modèle de celui qui existe à la clinique annexe de neuropsychiatrie infantile, rue de Vaugirard, est donc extrêmement souhaitable.

Les pervers seraient ensuite envoyés dans des établissements où on ferait leur rééducation.

Les pervers constitutionnels ou post-encéphalitiques, délinquants récidivistes, seraient placés dans des établissements possédant des moyens d'isolement cellulaire et où on les ferait épisodiquement travailler en commun.

c) Les troubles de caractère des épileptiques.

La violence, l'impulsivité, la perversité parfois des épileptiques rendent ces enfants dangereux et sont la cause de leur renvoi de tous les établissements normaux. Or, certains de ces enfants sont intelligents et pourraient, dans des conditions spéciales, faire de bonnes études secondaires. Il n'existe en France aucun établissement d'enseignement secondaire et de traitement pour les épileptiques.

Il est nécessaire de créer pour eux des centres où ils seraient classés suivant leur état et où l'on pourrait les soigner et les instruire.

3° LES TROUBLES MENTAUX

Quand il s'agit d'accès de mélancolie ou de manie, la nature même des troubles psychiques empêche qu'il soit question d'enseignement tant que dure la crise. Ces accès étant passagers, l'enfant peut, quand ils sont finis, reprendre son travail.

Les petits anxieux peuvent poursuivre leurs études dans un établissement scolaire normal sous la direction de professeurs instruits de leurs troubles et sous contrôle médico-psychiatrique.

Pour les grands anxieux, les obsédés, il faudrait des établissements médico-pédagogiques où l'on pourrait les traiter tout en leur faisant continuer, dans la mesure où leurs troubles le permettraient, leurs études secondaires.

4° LES AFFECTIONS ORGANIQUES

Pour les affections organiques qui ne s'accompagnent pas de troubles du caractère, il n'est pas besoin, en général, d'établissements spéciaux. Dans certains cas, un traitement médical bien conduit permettra des études normales dans un établissement pour enfants normaux.

a) Les crises d'épilepsie sans troubles de caractère.

Nous avons vu la difficulté du placement des épileptiques qui ont des troubles du caractère. Chez ceux qui n'en présentent pas le seul obstacle à une scolarité normale est constitué par les crises convulsives.

On visera donc d'abord à les faire cesser. Quand ce sera possible, on cherchera évidemment à s'attaquer à la cause présumée de l'affection ; en particulier on ne manquera jamais de tenter un traitement antisypilitique, quand les enfants présenteront des stigmates d'hérédosyphilis, ou quand la syphilis sera reconnue chez leurs ascendants. Plus souvent, on devra se contenter de la médication symptomatique habituelle.

Dans certains cas, les crises sont rares, heureusement influencées par le traitement et il est possible de faire continuer à ces enfants leurs études dans un établissement normal où on pourra les traiter et les surveiller médicalement.

Mais, bien souvent, les crises sont fréquentes et peu influencées par le traitement et les enfants devront être placés dans des établissements spécialisés ou plutôt dans une section spéciale des maisons destinées à l'instruction des épileptiques qui présentent des troubles du caractère.

b) Les troubles glandulaires.

Les sujets qui présentent des dysfonctionnements glandulaires peuvent être traités médicalement dans

les établissements secondaires normaux, si leur intelligence est suffisante.

En particulier, dans les cas d'insuffisance thyroïdienne, un traitement opothérapique bien conduit peut donner d'excellents résultats. L'important, c'est que la surveillance médicale reste très étroite.

5° CAUSES D'ORIGINE FAMILIALE

Quand l'inadaptation résulte de causes familiales la question devient extrêmement délicate. C'est, à propos de l'inadaptation scolaire, un problème du même ordre que ceux qui se posent à chaque instant, à propos d'autres sujets, dans les consultations de neuropsychiâtrie infantile. Il est donc évident que le médecin habitué à ces consultations sera tout indiqué pour décider de la meilleure mesure à prendre et pour l'indiquer aux parents.

CONCLUSIONS

Des causes d'inadaptation scolaire dans l'enseignement secondaire, deux sont particulièrement importantes par leur fréquence et les problèmes pratiques qu'elles posent : l'insuffisance intellectuelle et les troubles du caractère.

L'insuffisance intellectuelle entraîne une inaptitude absolue à ces études, et les enfants dont l'intelligence n'est pas suffisante doivent être éliminés avant de les entreprendre, c'est-à-dire avant d'entrer dans la classe de 6^e.

Pour mesurer cette intelligence, nous possédons actuellement des séries de Tests (BINET-SIMON, Stanford-révision de TERMANN) dont la valeur et la fidélité sont indiscutables à la condition qu'ils soient pratiqués par des personnes compétentes.

Il est donc nécessaire de remplacer l'examen actuel de passage en 6^e, examen basé uniquement sur les connaissances scolaires, et dont nous avons vu les inconvénients, par une méthode de sélection basée sur une appréciation du niveau mental des élèves par des tests.

L'étude du profil mental permettra en outre de déceler, chez les sujets dont l'intelligence serait suffi-

sante, certains troubles du caractère, et en particulier l'instabilité.

Ces troubles du caractère posent des problèmes de difficulté inégale.

Pour les instables, il est à souhaiter la création d'établissements scolaires publics où, après avoir éduqué l'attention de l'enfant, on lui permettrait, grâce à des méthodes didactiques spéciales et à une discipline appropriée, de faire des études secondaires, sous un contrôle médico-psychiatrique sérieux.

De même, il faudrait créer pour les pervers intelligents, des maisons d'éducation secondaire. Il faut, en effet, essayer de dériver l'esprit de ces enfants de sa tendance perverse et leur donner une tâche aussi absorbante que possible.

Les épileptiques, notre Maître, le Docteur HEUYER, a insisté à maintes reprises sur ce sujet, sont considérés comme les parias de la société. Qu'ils aient des crises fréquentes ou qu'ils présentent des troubles du caractère, ils sont renvoyés de partout. S'il existe quelques maisons privées qui s'occupent d'eux et leur font faire des études primaires ou professionnelles, il n'existe pas d'établissements publics ni privés où l'on puisse les traiter tout en faisant faire à ceux d'entre eux qui ont une intelligence suffisante, des études secondaires. Aussi nous pensons que la création de centres de traitement et d'instruction s'impose de façon impérieuse.

Quant aux causes moins fréquentes : petits troubles mentaux, affections organiques diverses, il est néces-

saire pour les traiter utilement, que les médecins collaborent étroitement avec les professeurs.

Enfin, nous l'avons dit, le médecin habitué aux consultations de neuropsychiâtrie infantile est mieux désigné que quiconque pour trouver la solution des inadaptations en rapport avec des causes familiales.

Quelle que soit la cause d'inadaptation, la collaboration médico-pédagogique se montre donc absolument nécessaire et permettra seule de dépister à temps les inadaptables et de traiter les autres avec succès.

Nous terminerons en faisant bien remarquer que le problème des inadaptés secondaires est avant tout un problème d'intelligence. Les autres troubles perturbent la scolarité secondaire, mais ils auraient troublé de la même façon un enseignement primaire ou professionnel ; c'est électivement l'enseignement secondaire qui est inaccessible aux insuffisants intellectuels.

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CLAUDE.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

Vu et permis d'imprimer :

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMSON (Mlle). — L'examen médico pédagogique de l'enfant. *Journal Médical Français*, n° 6, juin 1929.

— Le niveau intellectuel et le raisonnement des instables. *Annales Médico Psychologiques*, juin 1937.

ADLER (A.). — Le tempérament nerveux.

BARUK (H.). — Les obsessions.

BELEY (A.). — Constance de la notion de constitution et du syndrome instabilité chez l'enfant psychologiquement anormal. (*Annales Médico-Psychologiques*, mars 1933).

BINET et SIMON. — Mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants.

BOVEN. — L'anxiété. Sa cause. Sa signification. Son traitement.

CLAUDE (H.) et LEVY-VALENSI. — Les états anxieux.

CLAUDE (H.), TINEL et SANTENOISE. — Traitement biologique des crises anxieuses, maniaques et confusionnelles dans la psychose périodique. (*Progrès Médical*, 1925, n° 22).

DECROLY et BUYSE. — Pratique des tests mentaux.

DELVAUX (A.). — Contrôle de la stanford-revision de Termann.

DEVAUX et LOGRE. — Les anxieux.

DIETZ. — La sélection des élèves de l'enseignement secondaire.

DUPRÉ. — Les perversions instinctives (Congrès de Tunis, 1910).

— Déséquilibres constitutionnels du système nerveux.

— Pathologie de l'imagination et de l'émotivité.

— Réunion de la Société de Neurologie de Paris sur l'émotion (1909).

FREUD (Sigmund). — Introduction à la psychanalyse.

— La psychopathologie de la vie quotidienne.

GENIL-PERRIN. — Les paranoïaques.

HEUYER. — Enfants anormaux et délinquants juvéniles. (*Thèse, Paris, 1914*).

— Plan pour l'assistance aux enfants anormaux d'âge scolaire. (*Revue Médico-Sociale de l'Enfance, 1935, n° 3*).

— Prophylaxie de la névrose chez l'enfant. (*Association Internationale de Pédiatrie préventive, Genève, 28 et 29 septembre 1932*).

— Troubles du caractère chez l'enfant (*Journal de Médecine, 10 février 1922*).

— Hérité et éducation : leur rôle dans l'hygiène mentale de l'enfant. (*Revue Médico Sociale de l'Enfance, 1935, n° 6*).

— La collaboration médico-pédagogique dans la récupération des enfants déficients. (*Revue Médico Sociale de l'Enfance, 1938, n° 1*).

HEUYER et COURTHIAL (Mlle). — Les tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile. (*Annales Médico-Psychologiques, décembre 1936*).

HEUYER et GOURIOU. — Les troubles du caractère dans la psychiatrie infantile scolaire. (*Journal Médical Français, juin 1929, n° 6*).

HEUYER et LECOMTE-LORSIGNOL (Mme). — Evolution des troubles du caractère et de l'intelligence pendant la puberté. (*Société de Pédiatrie, 6 juillet 1937*).

- LAFORGUE (René). — Psychologie de l'angoisse. (*Médecin d'Alsace-Lorraine*, 1^{er} avril 1930).
- LECOMTE-LORSIGNOL (Mme). — Evolution des troubles de l'intelligence et du caractère à la puberté. (*Thèse, Paris*, 1938).
- NACHT. — Psychanalyse des psychonévroses et des troubles de la sexualité.
- OMBREDANNE. — Des aptitudes à l'âge scolaire.
- OMBREDANNE, SUARÈS (Mme) et CANIVET (Mme). — Les inadaptés scolaires. (*Actualités Scientifiques et Industrielles*, n° 440).
- RÉGIS. — Esquisse générale de l'assistance éducative des anormaux psychiques. (*Enfance Anormale*, octobre 1912).
- REVON (Mlle Th.). — Les états cyclothymiques chez l'enfant. (*Thèse, Paris*, 1921).
- ROXO (Henrique). — Tratamento da ansiedade.
- SCHUTZENBERGER. — Les vols chez l'enfant. (*Thèse, Paris*, 1921).
- STECKEL. — L'angoisse nerveuse et son traitement.
- WALLON. — Les instables. (*Annales de l'Enfance*, novembre 1926).



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



